



Krankenkasse Wädenswil

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) gemäss VVG für die Zusatzversicherungen der Krankenkasse Wädenswil mit Sitz in Wädenswil (Ausgabe 01.01.2017)

| Inhaltsverzeichnis | | | |
|--------------------|---|-----------|---|
| Art. | | 21 | Meldepflicht |
| 1 | Zweck der Versicherung | 22 | Auskunftspflicht |
| 2 | Vertragsgrundlagen | 23 | Kürzung von Versicherungsleistungen |
| 3 | Versicherungsangebot | 24 | Leistungsausschluss |
| 4 | Örtlicher Geltungsbereich und zeitliche Befristung | 25 | Überversicherung und Koordination mit Leistungen Dritter |
| 5 | Police | 26 | Honorarschuldner |
| 6 | Krankheit | 27 | Auszahlung von Versicherungsleistungen |
| 7 | Unfall | 28 | Anspruchsberechtigung im Todesfall |
| 8 | Mutterschaft | 29 | Prämien |
| 9 | Arzt | 30 | Familienrabatt für Kinder |
| 10 | Konsiliararzt | 31 | Änderung der Prämien oder Selbstbehalte |
| 11 | Pflegepersonal | 32 | Tarife der Leistungserbringer |
| 12 | Spital | 33 | Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss |
| 13 | Kuranstalten | 34 | Pfändungs-, Abtretungs- und Verrechnungsverbot |
| 14 | Heime | 35 | Beizug des Konsiliararztes |
| 15 | Höchster bei Aufnahme und bei Versicherungsänderung | 36 | Akteneinsicht / Schweigepflicht / Datenschutz |
| 16 | Antragsformular | 37 | Gerichtsstand |
| 17 | Informationen des Versicherers vor Vertragsabschluss | 38 | Änderung der AVB |
| 18 | Versicherungsbeginn / Versicherungsende | 39 | Mitteilungen |
| 19 | Vertragsdauer und Kündigung | | |
| 20 | Verhalten im Schadenfall | | |

Sämtliche Formulierungen umfassen beide Geschlechter

Der Versicherungsnehmer: die Person, welche die Versicherung abschliesst;

Der Versicherte: die Person, auf die die Versicherung abgeschlossen ist;

Der Anspruchsberechtigte: die Person, die Anspruch auf die Versicherungsleistung hat;

Der Versicherer: Krankenkasse Wädenswil mit Sitz in Wädenswil (nachfolgend Versicherer genannt)

I GRUNDSÄTZLICHES

Art. 1 Zweck der Versicherung

Der Versicherer gewährt dem Versicherten Versicherungsschutz gegen die wirtschaftlichen Folgen von Krankheiten, die während der Versicherungsdauer eintreten und von Unfällen, soweit versichert, die er während der Versicherungsdauer erleidet.

Art. 2 Vertragsgrundlagen

Grundlagen des Versicherungsvertrages bilden der Antrag, die Police mit allfälligen Nachträgen, die allgemeinen und ergänzenden Versicherungsbedingungen sowie alle übrigen schriftlichen Erklärungen des Versicherungsnehmers gegenüber dem Versicherer und den untersuchenden Ärzten. Soweit nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, gilt das Bundesgesetz über den Versicherungsvertrag vom 2. April 1908 (VVG). Dessen zwingende Bestimmungen gehen in jedem Fall vor.

Art. 3 Versicherungsangebot

Der Versicherer bietet folgende Versicherungen an:

- Heilungskostenzusatzversicherung
- Kombinierte Spitalversicherung
- Zahnpflegeversicherung
- Kollektivtaggeldversicherung

Er vermittelt überdies folgende Versicherungen:

- Unfall-, Tod- und Invaliditätsversicherung (UTI)
- Krankheits-, Tod- und Invaliditätsversicherung (KTI)
- Reiseversicherung

Art. 4 Örtlicher Geltungsbereich und zeitliche Befristung

Versichert sind die auf der Police aufgeführten Personen.

Jede Versicherung gilt, wo nicht anders festgehalten, weltweit. Bei vorübergehenden Aufenthalten von mehr als zwölf Monaten ausserhalb der Schweiz und des Fürstentums Liechtenstein ist die Dauer der Versicherungsdeckung jedoch auf längstens 12 Monate ab Überschreiten der Grenze der genannten Staatsgebiete beschränkt. Nach Ablauf dieser Frist endet die Versicherung. Bei einem Auslandsaufenthalt von mehr als 20 Tagen hat der Versicherte den Versicherer innert 20 Tagen seit Beginn des Auslandsaufenthalts darüber zu informieren. Der Versicherungsnehmer kann 30 Tage vor Ende der Versicherung einen Antrag auf Verlängerung der Versicherung um längstens ein Jahr stellen. Der Versicherer kann diesen Antrag ohne weitere Begründung ablehnen. Erkrankt der Versicherte in der Schweiz, will sich aber im Ausland behandeln lassen, muss er vorgängig beim Versicherer ein Gesuch des behandelnden Arztes einreichen. Dem Versicherer steht es frei, diesen Antrag abzulehnen.

Art. 5 Police

Jeder Versicherungsnehmer erhält eine Police. Sie beschreibt den Umfang der abgeschlossenen Versicherungen. Die Police, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und allfällige ergänzende Bedingungen regeln die Rechte und Pflichten für die Parteien.

Stimmt der Inhalt der Police oder deren Nachträge mit den getroffenen Vereinbarungen nicht überein, so hat der Versicherungsnehmer binnen 28 Tagen nach Empfang deren Berichtigung zu verlangen; andernfalls gilt der Inhalt vom Versicherungsnehmer als genehmigt.

Ergänzende Bestimmungen und Abänderungen sind nur gültig, wenn sie in der Police aufgenommen wurden oder durch den Versicherer schriftlich bestätigt wurden.

II BEGRIFFE

Art. 6 Krankheit

Als Krankheit gilt jede Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Gesundheit, die nicht Folge eines Unfalls ist und die eine medizinische Untersuchung oder Behandlung erfordert oder eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat.

Art. 7 Unfall

Als Unfall gilt die plötzliche, nicht beabsichtigte schädigende Einwirkung eines ungewöhnlichen äusseren Faktors auf den menschlichen Körper. Folgende abschliessend aufgeführte Körperschädigungen sind, sofern sie nicht eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen sind, auch ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung Unfällen gleichgestellt:

- a. Knochenbrüche;
- b. Verrenkungen von Gelenken;
- c. Meniskusrisse;
- d. Muskelrisse;
- e. Muskelzerrungen;
- f. Sehnenrisse;
- g. Bandläsionen;
- h. Trommelfellverletzungen.

Art. 8 Mutterschaft

Als Mutterschaft gilt die Zeit der Schwangerschaft und die nachfolgende Erholungszeit der Mutter nach der Geburt.

Art. 9 Arzt

Als Arzt gilt ein eidgenössisch diplomierter oder durch ein gleichwertiges ausländisches Fähigkeitszeugnis ausgewiesener Arzt oder Zahnarzt, der zur Berufsausübung zugelassen ist.

Art. 10 Konsiliararzt

Konsiliararzt ist ein Arzt, den der Versicherer zur Beurteilung in medizinischen Angelegenheiten beiziehen kann.

Art. 11 Pflegepersonal

Als Pflegepersonal gilt diplomiertes Pflegepersonal, das von Krankenvereinen, Haushaltskrankenpflegeorganisationen, Spitälern oder Heimen zur Verfügung gestellt wird.

Art. 12 Spital

Als Spital gilt eine Anstalt, die verunfallte oder kranke Personen aufnimmt, über eine für die Behandlung erforderliche Infrastruktur verfügt und der Aufsicht eines Arztes untersteht. Kuranstalten gelten nicht als Spital.

Art. 13 Kuranstalten

Als Kuranstalten gelten ärztlich geleitete oder überwachte Anstalten für Bade-, Klima-, Rehabilitations- oder Erholungskuren.

Art. 14 Heime

Als Heime gelten Institutionen, die pflegebedürftige Personen aufnehmen.

III VERSICHERUNGSDAUER / VERSICHERUNGSSCHUTZ

Art. 15 Höchstalter bei Aufnahme und bei Versicherungsänderung

Vorbehältlich anderweitiger Bestimmungen in den ergänzenden Versicherungsbedingungen gilt keine Altersbegrenzung für die Antragsstellung. Es besteht jedoch kein Anspruch auf Abschluss der Versicherung.

Art. 16 Antragsformular

Die antragstellende Person hat das vom Versicherer zur Verfügung gestellte Antrags- und Frageformular vollständig und wahrheitsgetreu auszufüllen.

Art. 17 Informationen des Versicherers vor Vertragsabschluss

Der Versicherer orientiert den Antragssteller vor Abschluss des Versicherungsvertrages verständlich über die Identität des Versicherers und den wesentlichen Inhalt des Versicherungsvertrages, insbesondere über:

- a. die versicherten Risiken;
- b. den Umfang des Versicherungsschutzes;
- c. die geschuldeten Prämien und weitere Pflichten des Versicherungsnehmers;
- d. Laufzeit und Beendigung des Versicherungsvertrages;
- e. die Bearbeitung der Personendaten einschliesslich Zweck und Art der Datensammlung sowie Empfänger und Aufbewahrung der Daten.

Diese Angaben werden dem Antragsteller zusammen mit dem Antragsformular in schriftlicher Form übergeben.

Verletzt der Versicherer seine Informationspflicht gemäss dieser Bestimmung, so ist der Versicherungsnehmer berechtigt, den Versicherungsvertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherer wirksam. Dieses Kündigungsrecht erlischt vier Wochen nachdem der Versicherungsnehmer von der Pflichtverletzung und den obgenannten Informationen Kenntnis erhalten hat, jedenfalls spätestens zwei Jahre nach Vertragsschluss.

Art. 18 Versicherungsbeginn und Versicherungsende

Der Vertrag gilt, sobald der Versicherer die Police zugestellt hat, frühestens jedoch am vereinbarten und in der Police bezeichneten Tag. Der Versicherungsschutz richtet sich im Übrigen nach den Bedingungen für die einzelnen Versicherungsabteilungen.

Die einzelne Versicherung erlischt:

- mit dem Tod des Versicherten;
- mit der Kündigung des Versicherten unter Einhaltung einer Frist von sechs Monaten und einer Vertragsdauer von einem Jahr auf das Ablaufdatum und Ende jedes folgenden Versicherungsjahres;
- mit der Kündigung des Versicherungsnehmers im Schadenfall 14 Tage, nachdem der Versicherungsnehmer dem Versicherer die Kündigung mitgeteilt hat;
- bei Verlegung des Wohnsitzes des Versicherten ins Ausland, dies mit dem Ablauf der Versicherungsperiode, für welche die Prämie bezahlt worden ist und sofern keine anders lautende Vereinbarung getroffen wurde;
- Der Versicherer verzichtet ausdrücklich auf das ihm gesetzlich zustehende Recht, nach Eintritt des Schadenfalls den Vertrag aufzulösen, ausser bei arglistiger Täuschung, bei Verletzung der Anzeigepflicht oder beim Versuch dazu.

Art. 19 Vertragsdauer und Kündigung

Der Vertrag wird für eine Mindestdauer von einem Jahr abgeschlossen.

Die Versicherungsperiode dauert anschliessend vom 1. Januar bis 31. Dezember. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, wenn der Versicherer vom Versicherungsnehmer nicht spätestens sechs Monate vor Ablauf der Vertragsdauer eine schriftliche Kündigung erhalten hat. Vorbehalten bleibt das Kündigungsrecht innert dreissig Tagen auf das Datum der Prämienanpassung bei einer Prämienhöhung. Der Versicherer verzichtet auf das Recht, den Vertrag auf den Zeitpunkt des Vertragsablaufs zu kündigen.

IV SCHADENFÄLLE / VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

Art. 20 Verhalten im Schadenfall

Der Versicherungsnehmer hat alles zu unternehmen, was die Genesung fördert und alles zu unterlassen, was sie verzögert. Insbesondere hat der Versicherungsnehmer den Anordnungen des Arztes und des Pflegepersonals Folge zu leisten.

Art. 21 Meldepflicht

Ein Unfall ist dem Versicherer innert fünf Tagen zu melden. Führt er voraussichtlich zu Versicherungsleistungen, ist ein Arzt beizuziehen und für sachgemässe Pflege zu sorgen.

Adress- und Namensänderungen sowie Todesfälle sind dem Versicherer innert 30 Tagen schriftlich mitzuteilen.

Sollten die Unterlagen ungenügend oder unvollständig sein, so muss der Versicherungsnehmer bzw. der Leistungserbringer innert nützlicher Frist die Vervollständigung der Unterlagen dem Versicherer erbringen.

Ist der Versicherungsnehmer oder der Versicherte nicht in der Lage die Meldepflicht zu erfüllen, obliegt sie den Angehörigen oder allfälligen anderen Anspruchsberechtigten.

Art. 22 Auskunftspflicht

Der Versicherer ist berechtigt, über das versicherte Ereignis und über allfällige frühere Unfälle oder Krankheiten alle Auskünfte und Unterlagen, insbesondere ärztliche Zeugnisse, zu verlangen und Untersuchungen durch von ihr bezeichnete Ärzte anzuordnen. Der Versicherungsnehmer, der Versicherte und der Anspruchsberechtigte sind verpflichtet, dem Versicherer jede Auskunft über den Versicherungsfall wahrheitsgetreu zu erteilen und alle Ärzte, die der Versicherte konsultiert hat, vom ärztlichen Berufsgeheimnis zu entbinden.

Der Versicherer behandelt alle Unterlagen vertraulich

Art. 23 Kürzungen von Versicherungsleistungen

Bei vorsätzlicher oder grobfahrlässiger Herbeiführung eines Versicherungsfalles kann der Versicherer Leistungen kürzen oder in besonders schweren Fällen verweigern.

Haben unabhängig vom versicherten Ereignis entstandene Krankheiten, Krankheitsfolgen, Mutterschaft, Gebrechen sowie Unfälle die Folgen des versicherten Ereignisses vergrössert, können die Leistungen des Versicherers nach sachverständigem Ermessen gekürzt werden.

Art. 24 Leistungsausschluss

Keine Versicherungsdeckung besteht für:

- a) Krankheiten Unfälle und ihre Folgen, die im Zeitpunkt des Vertragsschlusses bereits bestanden haben oder unter Vorbehalt stehen;
- b) Krankheiten, Unfälle und deren Folgen nach Erlöschen der Versicherung, auch wenn während der Versicherungsdauer Leistungen erbracht wurden;
- c) Eingriffe zur Korrektur oder Beseitigung von körperlichen Schönheitsfehlern, es sei denn, sie haben einen Krankheitswert;
- d) Zahnbehandlungen, sofern in den Ergänzenden Versicherungsbedingungen nicht ausdrücklich vorgesehen;
- e) versuchte oder vollendete Selbsttötungen oder Selbstverstümmelungen;
- f) Gesundheitsschädigungen, die auf die Einwirkung ionisierender Strahlen zurückzuführen sind und Schäden aus atomaren Strahlungen;
- g) Kosten einer unwirksamen, unzweckmässigen oder unwirtschaftlichen Behandlung. Als unwirtschaftlich gilt jede medizinische Massnahme, die sich nicht auf ein durch das Interesse des Versicherten und den Behandlungszweck erforderliche Mass beschränkt. Die Wirksamkeit

muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein. Ausgenommen hiervon sind Leistungen der Alternativmedizin;

h) Folgen von kriegerischen Ereignissen

- in der Schweiz und im Fürstentum Liechtenstein;

- im Ausland, es sei denn, die Erkrankung oder der Unfall trete innert 15 Tagen seit dem erstmaligen Auftreten von solchen Ereignissen in dem Land ein, in dem sich der Versicherte aufhält und er vom Ausbruch solcher Ereignisse überrascht worden ist;

i) Folgen von Unruhen aller Art und der dagegen ergriffenen Massnahmen, ausser der Versicherte beweise, dass er nicht auf der Seite der Unruhestifter aktiv oder durch Aufwiegelung beteiligt war.

k) Trunksucht und andere Suchtkrankheiten;

l) Ausgeschlossen sind zudem Krankheiten und Unfälle, die der Versicherte erleidet bei:

- ausländischem Militärdienst;
- Teilnahme an kriegerischen Ereignissen, Handlungen, Terrorakten, vorsätzliche Ausübung von Vergehen und Verbrechen sowie der Versuch dazu;
- Beteiligungen an Raufereien und Schlägereien, es sei denn, der Versicherte sei als Unbeteiligter oder bei der Hilfeleistung zugunsten eines Wehrlosen durch die Streitenden verletzt worden;
- bei Gefahren, denen sich der Versicherte dadurch aussetzt, dass er andere stark provoziert;
- wenn sich der Versicherte an einem Wagnis beteiligt, d.h. an Handlungen, durch die er sich einer besonders grossen Gefahr aussetzt, ohne dass Vorkehrungen getroffen werden können, die das Risiko auf ein vernünftiges Mass beschränken.

Art. 25 Überversicherung und Koordination mit Leistungen Dritter

Dem Versicherten darf aus den Leistungen des Versicherers oder deren Zusammentreffen mit Leistungen Dritter kein Gewinn erwachsen.

Bei der Berechnung der Überentschädigung werden Leistungen gleicher Art und Zweckbestimmung berücksichtigt, die dem Anspruchsberechtigten aufgrund des Versicherungsfalles zustehen. Eine Überentschädigung liegt in dem Masse vor, als die jeweiligen Leistungen die folgenden Grenzen übersteigen:

- a) die entstandenen Diagnose- und Behandlungskosten;
- b) die entstandenen Pflegekosten und andere ungedeckte Krankheitskosten;
- c) der mutmasslich entgangene Verdienst oder der Wert der verunmöglichten Arbeitsleistung.

Im Verhältnis zu den Sozialversicherern und zu den Privatversicherern gelten die gesetzlichen Koordinationsregelungen. Bei Doppelversicherung im Sinne von Art. 53 VVG haftet der Versicherer in dem Verhältnis, in dem seine Versicherungssumme zum Gesamtbetrag der Versicherungssummen steht.

Treffen Versicherte mit leistungspflichtigen Dritten ohne Einwilligung des Versicherers eine Vereinbarung, in welcher sie teilweise oder gänzlich auf Versicherungs- oder Schadenersatzleistungen verzichten, ist der Versicherer nicht an eine solche Vereinbarung gebunden.

Art. 26 Honorarschuldner

Besteht mit dem Leistungserbringer keine vertragliche Regelung, so ist der Versicherungsnehmer Honorarschuldner.

Wenn der Versicherer eine Kostengutsprache erteilt hat, ist er Honorarschuldner und rechnet direkt mit dem Leistungserbringer ab.

Bei Bedarf kann der Versicherer, auf Kosten des Versicherten und nach vorgängiger Mitteilung an denselben, eine Übersetzung der in einer Fremdsprache ausgestellten Unterlagen in eine der Landessprachen verlangen.

Art. 27 Auszahlung von Versicherungsleistungen

Die versicherten Leistungen werden dem Anspruchsberechtigten ausbezahlt, wenn der Versicherer im Besitz der erforderlichen Unterlagen ist. Die Auszahlung erfolgt dann innert vier Wochen.

Solange die erforderlichen Unterlagen nicht eingereicht sind, ist der Versicherer weder zur Zahlung noch zur Entrichtung von Verzugszinsen verpflichtet.

Versicherte mit Wohnsitz im Ausland müssen dem Versicherer eine Auszahlungsadresse in der Schweiz angeben.

Art. 28 Anspruchsberechtigung im Todesfall

Anspruchsberechtigt sind, soweit nicht im Antrag oder in einer späteren schriftlichen Mitteilung an den Versicherer etwas anderes verfügt wird, der Ehegatte, bei dessen Fehlen die Kinder und Adoptivkinder, bei deren Fehlen die Angehörigen entsprechend der gesetzlichen Erbberechtigung.

V VERSICHERUNGSPRÄMIEN, ADMINISTRATIONSKOSTENZUSCHLAG, PFÄNDUNGS-, ABTRETUNGS- UND VERRECHNUNGSVERBOT

Art. 29 Prämien

Die Prämien werden je nach Versicherung gemäss Geschlecht, Region, Leistungsumfang und Alter abgestuft.

Die Prämien sind an den in der Police festgelegten Terminen zahlbar. Sie sind für die tatsächliche Dauer der Versicherung und in der Regel jährlich im Voraus zu entrichten. Auf besondere Vereinbarung hin und gegen einen entsprechenden Zuschlag können die Prämien auch monatlich, viertel- oder halbjährlich im Voraus bezahlt werden.

Bei vorzeitiger Auflösung oder Beendigung des Versicherungsvertrages ist die Prämie nur für die Zeit bis zur Vertragsauflösung geschuldet. Dem Versicherer bleibt der Anspruch auf die Prämie für die laufende Versicherungsperiode gewahrt, falls der Versicherungsnehmer den Vertrag im Schadenfall während des auf den Vertragsabschluss folgenden Jahres kündigt. Die auf die laufende Versicherungsperiode entfallene Prämie ist ferner ganz geschuldet, wenn der Versicherer zufolge des Wegfalls des Risikos die Versicherungsleistung erbracht hat.

Kommt der Versicherungsnehmer seiner Zahlungspflicht nicht nach, ruht die Leistungspflicht 14 Tage nach Absendung der gesetzlichen Mahnung.

Die Prämien sind in einer Prämientabelle festgelegt. Sie sind immer für den vollen Monat geschuldet.

Art. 30 Familienrabatt für Kinder

Sofern mindestens drei im gleichen Haushalt lebende Versicherte der gleichen Familie beim Versicherer die obligatorische Krankenpflegeversicherung und eine Zusatzversicherung

abgeschlossen haben, können die Kinder bis zum 25. Altersjahr in den Genuss eines Familienrabatts kommen, der vom Versicherer für bestimmte Zusatzversicherungen, für welche die Voraussetzungen erfüllt sind, festgesetzt wird.

Das Anrecht auf Rabatt für die Kinder entsteht am 1. Tag des Monats, in welchem die Versicherungsdeckung des zu berücksichtigenden dritten Mitglieds der Familie wirksam wird.

Sobald die Voraussetzungen für die Gewährung des Rabatts nicht mehr erfüllt sind, wird der Rabatt vom nächsten Fälligkeitstag der Prämie an aufgehoben.

Art. 31 Änderung der Prämien oder Selbstbehalte

Ändert der Versicherer während der Versicherungsdauer die Prämien oder die Selbstbehaltregelungen, kann er die Anpassung des Vertrages vom folgenden Kalenderjahr an verlangen. In diesem Fall gibt der Versicherer dem Versicherungsnehmer die neue Prämie und/oder den neuen Selbstbehalt spätestens 30 Tage vor ihrem Inkrafttreten bekannt.

Ist der Versicherungsnehmer mit der Anpassung der Prämie und/oder des Selbstbehaltes nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf den 31. Dezember des Versicherungsjahres schriftlich kündigen.

Die Kündigung muss spätestens am letzten Tage des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

VI ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

Art. 32 Tarife der Leistungserbringer

Der Versicherer anerkennt die in den schweizerischen Sozialversicherungen gültigen Tarife und die üblicherweise verwendeten Privatarife. Vorbehalten bleiben abweichende Bestimmungen in den einzelnen Versicherungen.

Art. 33 Anzeigepflicht bei Vertragsabschluss

Hat der Anzeigepflichtige beim Abschluss der Versicherung eine erhebliche Gefahrstatsache, die er kannte oder kennen musste und über die er schriftlich befragt worden ist, unrichtig mitgeteilt oder verschwiegen, so ist der Versicherer berechtigt, den Vertrag durch schriftliche Erklärung zu kündigen. Die Kündigung wird mit Zugang beim Versicherungsnehmer wirksam. Das Kündigungsrecht erlischt vier Wochen, nachdem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten hat. Wird der Vertrag durch eine derartige Kündigung aufgelöst, so erlischt auch die Leistungspflicht des Versicherers für bereits eingetretene Schäden, deren Eintritt oder Umfang durch die nicht oder unrichtig angezeigte erhebliche Gefahrstatsache beeinflusst worden ist. Soweit die Leistungspflicht schon erfüllt wurde, hat der Versicherer Anspruch auf Rückerstattung.

Art. 34 Pfändungs-, Abtretungs- und Verrechnungsverbot

Ohne ausdrückliche Zustimmung des Versicherers ist der Versicherungsnehmer nicht berechtigt, Leistungsansprüche abzutreten, zu verpfänden oder zu verrechnen.

Art. 35 Beizug des Konsiliararztes

Der Versicherer hat das Recht zwecks Prüfung von Versicherungsleistungen einen Konsiliararzt beizuziehen.

Art. 36 Akteneinsicht / Schweigepflicht / Datenschutz

Alle Akten stehen dem Versicherten zur Einsicht offen. Schützenswerte private Interessen des Versicherten und seiner Angehörigen sowie überwiegende öffentliche Interessen sind zu wahren.

Der Stiftungsrat, die Revisionsstelle wie auch die Mitarbeiter des Versicherers unterstehen der Schweigepflicht. Der Versicherer garantiert die gewissenhafte Behandlung der im Rahmen des Versicherungsvertrags erworbenen Daten. Er hält dabei die gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzgesetzes ein.

Art. 37 Gerichtsstand

Als Gerichtsstand steht dem Versicherungsnehmer der Sitz des Versicherers (Wädenswil) oder sein schweizerischer Wohnsitz zur Verfügung.

Art. 38 Änderung der AVB

Treten nach Versicherungsabschluss in den Rahmenbedingungen für die Versicherung der wirtschaftlichen Folgen von Krankheit, Unfall oder Mutterschaft weit reichende Veränderungen ein, wie z.B. die Erhöhung der Anzahl von Medizinalpersonen oder neue Kategorien von Medizinalpersonen, Ausbau des medizinischen Leistungsangebots, Einführung neuer kostenintensiver Therapieformen oder Medikamente und ähnliche Entwicklungen, so ist der Stiftungsrat des Versicherers berechtigt, die Versicherungsbedingungen anzupassen.

Der Versicherungsnehmer wird über Änderungen der AVB schriftlich informiert

Ist der Versicherungsnehmer mit den geänderten AVB nicht einverstanden, kann er den Vertrag auf den 31. Dezember des Versicherungsjahres schriftlich kündigen.

Die Kündigung muss spätestens am letzten Tage des Versicherungsjahres beim Versicherer eintreffen.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Kündigung, so gilt dies als Zustimmung zur Anpassung des Vertrages.

Art. 39 Mitteilungen

Der Versicherungsnehmer oder der Anspruchsberechtigte kann die ihm obliegenden Mitteilungen ausschliesslich dem Versicherer, der Krankenkasse Wädenswil, Schönenbergstrasse 28, 8820 Wädenswil, machen.